

**FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP**
**CODIGO: S-002**  
**Versión: 2.01**  
**Fecha:**  
**05/01/2018**

Dependencia:

SECRETARIA GENERAL

Fecha:

20/5/2026

**ACTO ADMINISTRATIVO****DATOS DEL CONTRATO**

Valor Contrato:	\$42,000,000.00	Valor a Pagar:	\$6,000,000.00
Número:	1418	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026
N° CDP:	18	Fecha:	Ene 5 2026
N° RP:	1361	Fecha:	Ene 21 2026
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción		Período a pagar:
Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI
Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:
Fecha de iniciación:	Ene 21 2026		Fecha de terminación:
Fecha de terminación:	Ago 20 2026		Duración:
Duración:	Meses 7		Días 0
Período a pagar:	Abr 21 2026 - May 20 2026		

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestación de servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias del proyecto de inversión denominado " FORTALECIMIENTO Y GOBERNANZA INSTITUCIONAL DE LA SECRETARIA GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR".

**FORMA DE PAGO:**

El valor total estimado del contrato es la suma de CUARENTA Y DOS MILLONES DE PESOS (\$42.000.000) M/CTE; los cuales serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE, que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor.

PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar y factura (cuando aplique).

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA**

Nombre:	<b>GABRIEL BERDUGO PEÑA</b>						
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	<input checked="" type="checkbox"/>	Nit.	<input type="checkbox"/>	Número:	72310253
Dirección:	.						
Número de Teléfono:	00000000	FAX:		CEL:		0000000000	

Clase y número de cuenta:	Corriente:	<input type="checkbox"/>	Ahorros:	<input checked="" type="checkbox"/>	Número:	69290918715	Banco:	BANCOLOMBIA
---------------------------	------------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------	-------------	--------	-------------

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

Marque con "X"	Persona Natural:	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	Regimen: N.A.
	Gran Contribuyente:	<input type="checkbox"/>	Autoretenedor:	<input type="checkbox"/>	
	He verificado de esta información frente al RUT:				SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>

**INFORME DEL SUPERVISOR****AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD**

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	# de folios:	
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	<input checked="" type="checkbox"/>	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:	<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha:
May 20 2026				

**Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas:** El contratista cumplió a satisfacción con el objeto contractual.

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

<b>Persona Natural:</b>			
<b>Aportes a Salud</b>		<b>Aportes a Pensión</b>	
Valor pagado	\$300,000.00	Periodo	ABRIL
Valor pagado	\$384,000.00	Periodo	ABRIL
Comprobante de pago Número:	1081696195	Comprobante de pago Número:	1081696195
Fecha de pago:	May 4 2026	Fecha de pago:	May 4 2026
<b>Aportes a ARL</b>		<b>NOTA:</b>	
Valor pagado	\$12,600.00	Periodo	ABRIL
Se anexan 2 planillas de los Aportes de Seguridad Social, que se relacionan a continuación: Planilla N° 1081696195, pagada el 04 de mayo de 2026 y Planilla N° 1082132611, pagada el 19 de mayo de 2026.			
Comprobante de pago Número:	1081696195		
Fecha de pago:	May 4 2026		

**SOLICITUD DE PAGO**

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

**APLICACION RETENCION**

Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".

Anexos: Copia de aporte de pensión Copia de aporte de salud Cuenta de Cobro 

FIRMA CONTRATISTA: E1161BFD-F62E-46A9-AAAE-B54C33062487



NOMBRE CONTRATISTA: GABRIEL BERDUGO PEÑA

C.C.: 72310253

FIRMA SUPERVISOR 98C94972-D44B-4480-86B7-E14EC50BE27C

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIO GENERAL

